FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N° 182

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. COHEN MAX-ALBERT

né le 15 Mai 1941 à EL-ARIANA (TUNISIE)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

LE MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL

Président : M. H. BROCARD Professeur

IMPRIMERIE S.A. CHEISSON & Cie 71, RUE DES ORTEAUX PARIS 20E

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1970 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M. COHEN MAX-ALBERT

né le 15 Mai 1941 à EL-ARIANA (TUNISIE)

Présentée et soutenue publiquement le 1970

LE MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL

Président : M. H. BROCARD Professeur

IMPRIMERIE S.A. CHEISSON & Cie 71, RUE DES ORTEAUX PARIS 20e

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

JACQUES COHEN-JONATHAN

décédé prématurément

A MA MERE,

avec tout mon amour

et ma reconnaissance

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549901_0053

A MONSIEUR GILBERT S. COHEN

Mon frère et tuteur

en le remerciant, jamais assez,

pour tous ses sacrifices.

A MONSIEUR et MADAME HENRI ENRIQUEZ

avec tous mes remerciements

et ma reconnaissance.

A MONSIEUR et MADAME GEORGES COHEN

A MONSIEUR et MADAME EDOUARD ZETLAOUI

A MONSIEUR et MADAME RICHARD SADOUN

A MONSIEUR et MADAME RAYMOND BERDAH

A MONSIEUR et MADAME CHARLES GIANEM

A MONSIEUR et MADAME ALBERT COHEN

et à tous mes neveux et mes nièces

Pour leurs encouragements et

leur soutien permanent.

A MONSIEUR SERGE SAFFAR

et MADEMOISELLE PIA ENRIQUEZ

en leur souhaitant

de brillantes études médicales.

AU DOCTEUR FABIEN-ANDRE BIJAOUI,

A MES AMIS SI CHERS,

A MES AMIES NON MOINS CHERES,

A MES AMIS DE BERNAY.

A MADAME MARIE-THERESE VELIC

A MONSIEUR GEORGES OHAYON

A MONSIEUR EMILE BERDAH

A MADEMOISELLE CATHERINE BUGLA

Avec tous mes remerciements
pour leur aide précieuse à l'impression
et la mise en page de cette thèse.

A LA MEMOIRE DU PROFESSEUR CHARLES BONHOMME

DE LA FACULTE DE MEDECINE

DE MONTPELLIER

A MONSIEUR MOHAMED BEDREDINE

Ancien Député

Directeur de l'Hôpital de BERNAY

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL FOUCHER

Ancien Interne des Hôpitaux de PARIS

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Chef du Service de Chirurgie à l'Hôpital

de BERNAY

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARLES ALBERTINI

Médecin Anesthésite-Réanimateur de

l'Hôpital de BERNAY

en les remerciant vivement

pour leur enseignement et leur accueil

A MON MAITRE LE PROFESSEUR HENRI BROCARD,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Professeur à la Faculté de Médecine de PARIS, qui a eu l'obligeance de nous inspirer le sujet de cette thèse et nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Qu'il reçoive ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé GEORGES AKOUN

Pour ses encouragements

A Monsieur le Docteur Charles GALLOUEDEC

A MONSIEUR LE PROFESSEUR S. DE SEZE

En le priant de trouver ici
l'expression de mes remerciements
pour son aide et l'autorisation
de consulter son dossier de malade.

I N T R O D U C T I O N

L'étude clinique et critique du Mal de Pott sous-occipital nous a été proposée par le Professeur Henri BROCARD qui nous a confié d'autre part une observation inédite.

Nous prions le Professeur Henri BROCARD de trouver ici l'expression de nos remerciements les plus respectueux.

R A P P E L A N A T O M I Q U E

Sous le nom de Mal de Pott sous-occipital, on décrit l'envahissement tuberculeux des deux premières vertèbres cervicales de l'articulation qui les unit et de l'articulation crâno-rachidienne.

C'est plus une ostéoarthrite qu'une atteinte des corps vertébraux. L'atlas en effet n'a pas de corps vertébral à proprement parler. Il présente un arc antérieur, le corps étant remplacé par l'apophyse odontoïde de l'axis qui vient au contact de l'arc antérieur de l'atlas et forme une articulation avec la face postérieure. Un ligament très puissant, le ligament transverse de l'atlas, maintient l'apophyse odontoïde au contact de l'arc antérieur de la première vertèbre cervicale et garantit les dimensions du canal spinal au niveau de C1 et C2.

Les deux facettes articulaires et les masses latérales de l'atlas apparaissent comme une amplification des articulations de LUSCHKA rencontrées au niveau des autres vertèbres cervicales, si l'on considère leur topographie par rapport au point d'émergence des racines nerveuses.

Ce sont des articulations par glissement, dont le plan est horizontal par rapport à l'axe vertical du rachis. Leurs surfaces convexes pour l'axis, plates en ce qui concerne l'atlas, sont portantes et très mobiles par glissement et débordement réciproque.

La réduction de la surface d'appui à chaque moment apparaît comme un facteur supplémentaire d'une instabilité qui n'est pas compensée par l'existence d'une surface corporéale, d'un disque ou d'une gaine.

Seul le pivot odontoïdien, maintenu par le ligament transverse de l'atlas, retient le tout. On conçoit donc qu'une contracture ou une poussée inflammatoire suffise à disloquer l'articulation atloïdo-axoïdienne.

Ce qui donne donc à ces arthrites tuberculeuses des articulations atloïdo-axoïdienne et occipito-atloïdienne , une forme spéciale c'est d'abord leur gravité, tenant au voisinage du bulbe, ensuite le fait qu'ici la mobilité étant très grande, on aura de bonne heure des attitudes vicieuses complexes et plus tard des luxations spontanées dont l'existence ajoute à la maladie un très haut caractère de gravité.

A N A T O M I E P A T H O L O G I E

Les tuberculoses ostéo-articulaires de nos jours sont plus rares, il serait pour cela intéressant de connaître la description anatomique que l'on faisait au début du siècle du Mal de Pott sous-occipital.

1906 : E. KIRMISSON : Précis de Chirurgie Infantile.

"Du côté de l'occipital, les lésions portent surtout sur les condyles ; mais on constate parfois une dénudation plus ou moins étendue de l'os, se propageant au pourtour du trou occipital, et du côté de l'apophyse basilaire, sur l'atlas, les lésions portent surtout sur l'arc antérieur et sur les masses latérales. Grâce à la minceur de l'os, on a vu parfois la plus grande partie de l'atlas disparaître, soit par usure progressive soit par nécrose, et l'occipital entier directement en contact avec l'axis.

Un des traits principaux du Mal de Pott sous-occipital, est que bien rarement les lésions portent également sur les deux moitiés de chaque os. Le plus souvent, au contraire, la lésion est beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre, amenant une usure plus marquée, soit des masses latérales de l'atlas, soit des apophyses articulaires de l'axis ou de l'occipital, et déterminant l'inclinaison de la tête du côté malade.

Les altérations les plus importantes à étudier sont celles de l'axis. Il peut se faire que le corps de l'axis soit en partie détruit par une caverne tuberculeuse et qu'à ce moment donné , l'apophyse odontoïde affaiblie à sa base, se fracture. Mais ce qui est

plus grave encore, ce sont les cas dans lesquels l'appareil ligamenteux venant à être détruit, l'apophyse odontoïde conserve sa validité.

Il peut se faire en effet que l'atlas s'inclinant brusquement en avant, l'apophyse odontoïde vienne labourer le bulbe, et déterminer la mort subite.

Les luxations pathologiques constituent le point le plus important des lésions du Mal de Pott sous-occipital. Elle porte rarement sur l'articulation occipito-atloïdienne. Dans ce cas l'occipital se déplace presque toujours en avant. Les lésions étant le plus souvent plus marquées sur l'un des côtés, la luxation est presque toujours unilatérale. L'un des condyles de l'occipital se porte en avant l'autre restant en place ; et la compression bulbaire est produite par le rebord tranchant du trou occipital. Exceptionnellement la luxation peut porter à la fois sur les deux articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne, et l'atlas s'échappe en avant, après avoir rompu les liens qui l'attachent à l'axis et à l'occipital.

Mais les déplacements les plus fréquents, ceux qui méritent surtout d'attirer l'attention, ce sont les luxations atloïdo-axoïdiennes.

Ainsi que l'a bien établi MALGAIGNE, ces luxations peuvent se produire par deux mécanismes différents.

- ou bien elles se produisent lentement, peu à peu, par glissement, ou bien elles ont lieu par inclinaison brusque de l'atlas en avant, cas le plus grave où l'apophyse odontoïde vient brusquement comprimer le bulbe et déterminer la mort subite.

Pour la luxation par glissement, le danger est beaucoup moindre ; les apophyses articulaires de l'atlas glissent peu à peu en avant de celles de l'axis, l'apophyse odontoïde se rapproche de

l'arc postérieur de l'atlas et ainsi le canal vertébral est rétréci.

Mais la compression se produit lentement, insensiblement, et ses effets sont beaucoup moins redoutables.

Ce qui atténue encore en pareil cas la gravité des lésions, c'est que bien rarement le glissement est bi-latéral. Le plus souvent les lésions prédominent d'un côté, le glissement est unilatéral, il imprime à l'atlas un mouvement de rotation sur l'axis qui rend beaucoup moins sensible le déplacement de l'apophyse odontoïde et beaucoup moins fâcheuses les conséquences au rétrécissement du canal vertébral".

CONFRONTATION ENTRE UNE ETUDE ANCIENNE ET UNE ETUDE RECENTE D'UN MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL

Si nous considérons le Mal de Pott décrit par E. KIRMISSON, par exemple, en 1906, nous retrouvons un tableau riche de détails où tous les syndromes abondent :

La simple douleur exagérée par les mouvements de la tête et par les mouvements de la déglutition ; la pression douloureuse exercée au niveau de la Fossette de la nuque et sur l'apophyse épineuse de l'axis, au niveau des apophyses transverses de l'atlas et de l'axis ; les irradiations douloureuses du côté des épaules, du cou, des régions occipitales et pariéto-temporales ; les attitudes vicieuses de la tête et du cou ; l'inclinaison latérale de la tête avec ou sans rotation ; la déformation de la région dont l'origine peut-être soit dans les os soit dans les parties molles ; l'augmentation de volume de l'apophyse épineuse de l'axis ou des masses latérales des deux premières vertèbres ; la tumeur formée sur la paroi postérieure du pharynx par les masses latérales de l'atlas déplacées ; masses ganglionnaires, tuméfaction due à l'oedème ou à des fongosités ; les abcès ossifluents, rétropharyngiens, médiastinaux, ou retrouvés sur le bord postérieur du S.C.M., ou dans le triangle sus-claviculaire, dans le canal médullaire également où la dure-mère peut être soit repoussée par cette collection purulente (pachyméningite externe caséeuse), soit ulcérée et le pus arrive en contact avec l'arachnoïde, le bulbe lui-même, à la base du crâne et même, dans le IVème ventricule. On décrivait sous des ramollissements, des hémorragies cérébro-méningées, et des paraplégies dues au retentissement sur le centre médullaire. Monoplégie, quadriplégie, paraplégie limitée ou aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs ; hémiplégie ;

quadriplégie ; dans l'hémiplégie motrice, l'anesthésie porte sur le côté opposé à la paralysie du mouvement. Enfin l'altération des nerfs dont les noyaux d'origine sont situés dans le bulbe rachidien entraîne des troubles de la phonation, de la déglutition, des troubles occulo-moteurs, et même des troubles de la respiration et de la circulation.

Il faut ajouter à cela la mort subite par luxation de l'atlas sur l'axis et pénétration de l'apophyse odontoïde dans le bulbe.

De nos jours, que reste-t-il, et comment se présente un Mal de Pott sous-occipital ? On ne retrouve pas les atteintes neurologiques longuement décrites dans les traités anciens ; dans les observations que nous avons eu la chance de retrouver, le malade consulte pour des douleurs cervicales, parfois pour un torticolis, ou une dysphagie quand il s'agit d'un abcès rétropharyngien, pour une limitation des mouvements de la tête et du cou, plus rarement pour une gène à la respiration.

Si le Mal de Pott existe encore il n'offre plus qu'un tableau restreint avec une symptomatologie pauvre ; le diagnostic est parfois difficile ; des tomographies répétées sont souvent nécessaires pour confirmer une atteinte osseuse de l'atlas ou de l'axis ; on ne retrouve presque plus les gros déplacements ; on n'a pas de complications graves.

S'il y a donc une diminution nette des atteintes ostéo-articulaires de la tuberculose, il y a aussi une régression certaine de leur évolution.

S Y M P T O M A T O L O G I E

Quand les moyens d'investigations étaient rudimentaires on accusait volontiers la tuberculose dans tout processus destructeur et toute atteinte osseuse.

Les examens complémentaires, plus nombreux et plus précis aujourd'hui, ont réduit, en infirmant certains diagnostics, les localisations vertébrales de la tuberculose et limité à plus forte raison, les Maux de Pott sous-occipitaux.

Les traités classiques, comment nous décrivaient-ils la période de début et l'évolution d'un Mal de Pott sous-occipital chez un adolescent ?

Le malade vient consulter pour une douleur à la nuque irradiant vers l'occiput, les mastoïdes, le cou et les épaules. Ces douleurs névralgiques sont souvent bilatérales, accentuées par les douleurs de la tête et calmées par le repos. A cette douleur s'ajoute une raideur de la nuque qui donne au malade cette attitude guindée, cette tête droite. L'adolescent peut même paraître en bonne santé. Cette raideur devient plus nette quand on demande au malade de faire, avec grande précaution, certains mouvements.

L'examen fait avec la plus grande prudence montre une limitation douloureuse à la flexion-extension et à la rotation qu'il ne fait qu'ébaucher.

On retrouve aussi des empâtements et des points douloureux : sur la ligne médiane au niveau de la fossette sous-occipitale qui est comblée, de façon précoce et quasi-constante ; l'apophyse épineuse de l'axis est douloureuse à la palpation.

De chaque côté, au dessous et en arrière de la mastoïde donc à la hauteur des masses latérales de l'axis.

En avant, par le toucher pharyngien : le toucher pharyngien peut percevoir un point douloureux au niveau de l'arc antérieur de l'atlas et une infiltration de la paroi postérieure qui paraît refoulée. Il est difficile d'apprécier parfois les adénopathies au niveau du cou et de la nuque : ganglions petits, durs, indolores et réguliers.

Un bilan neurologique peut mettre en évidence une parésie discrète et des réflexes exagérés ; et il est prudent d'examiner la mobilité de la langue et voir s'il n'y a pas de troubles de la déglutition.

Après les examens complémentaires d'usage : cuti-réaction ; vitesse de sédimentation, radiographie pulmonaire, les clichés de la colonne cervicale, profils droit et gauche et clichés de face, centrés sur la bouche ouverte pour l'axis et le cavum pour l'atlas, vont apporter au diagnostic des éléments précieux quand ils existent.

Sur les clichés de face : le pincement et le flou des interlignes atloïdo-axoïdiens surtout prédominent souvent d'un côté.

Sur les clichés de profil : la perte du parallélisme entre l'arc postérieur et l'atlas et celui de l'axis ouvrant en arrière un angle de 15 à 20° et un écart odontoïde-atlas par glissement en avant de l'atlas.

Mais l'aspect de la région est souvent flou car des projections gênent la lecture des radios : l'occipital gêne sur les radios de face, le maxillaire gêne sur les radios de profil.

Les tomographies sont très utiles car elles permettent

d'isoler chaque pièce osseuse par des coupes transversales, sagittales et horizontales.

En trois ou quatre mois, si le diagnostic n'a pas été fait ou si le malade n'a pas été traité, on atteint la période de pleine évolution.

Tous les symptômes cliniques sont augmentés - les mouvements de la tête sont bloqués = l'état général est médiocre : l'empâtement est manifeste et les ganglions typiquement tuberculeux. Les radios montrent d'autre part l'exagération des dégâts anatomiques - le flou est beaucoup plus important et les interlignes ont disparus ; il y a une grosse décalcification.

Dans cette forme simple que nous essayons de décrire il n'y a pas de déplacement vraiment important et menaçant.

Ce sont les complications qui étayeront le pronostic. La surveillance doit être régulière et rigoureuse.

Les abcès peuvent survenir même dans les formes traitées correctement. Il faut les craindre devant une altération de l'état général et une poussée fébrile car ils sont souvent latents.

Ces abcès peuvent être superficiels, faciles à déceler ou profonds, rétropharyngiens et sont annoncés par une dysphonie, une dysphagie ou même une dyspnée. On les découvrira non pas par le toucher pharyngien mais par la radiographie qui montre le décollement de la colonne claire aéro-digestive. Les ponctions et les injections d'antibiotiques n'éviteront souvent pas une petite fistule mais leur assèchement sera rapide.

Les complications communes à toutes les formes de Maux de Pott peuvent survenir surtout si il existe des foyers tuberculeux

multiples pulmonaires en particulier. Ce sont des généralisations tuberculeuses : méningite et granulie. Elles sont rares mais obligent à faire une réserve sur le pronostic des Maux de Pott sous-occipitaux même si l'évolution locale est satisfaisante.

Au bout d'un an environ, la période de réparation succède à cette phase de destruction. L'état général s'améliore, l'empâtement diminue, les ganglions disparaissent, l'abcès s'assèche. Le rachis devient froid, sec, indolent.

Après 18 mois à 2 ans, donc plus rapidement que dans toute autre forme de Mal de Pott, on peut parler de guérison : plus de douleur, plus d'abcès, la vitesse de sédimentation n'est plus accélérée et la température redevient normale. Les radiographies de contrôle montrent une disparition du flou, une recalcification, une réapparition des contours vertébraux.

Enfin, une reprise prudente et progressive de la marche ne doit pas entraîner de clocher fébrile.

Dans cette forme classique d'évolution favorable les séquelles sont minimes : la limitation de la flexion-extension et l'inclinaison latérale sont aisément compensées par la souplesse de la colonne cervicale. La rotation peut rester bloquée.

Mais si nous considérons un malade vu plus tard ou qui n'a pas été traité nous aurions un tableau plus sombre et des complications dont la gravité caractérise le Mal de Pott sous-occipital.

L'état général est très mauvais ; la douleur très importante ; le malade n'arrive plus à dormir ; tous les mouvements sont

bloqués : la tête fixe, peut être fléchie (menton sur thorax parfois); la nuque est chaude, empâtée ; de grosses adénopathies sont palpées, et l'épine de l'axis examinée avec prudence est exagérement saillante.

L'examen radiologique précisera le sens et l'importance des déplacements.

Le déplacement occipito-atloïdien est rare : l'occipital glisse en avant sur l'atlas. Du fait du tassement des masses latérales, l'odontoïde tend à monter dans le trou occipital et donc à comprimer le bulbe.

Le déplacement atloïdo-axoïdien est plus fréquent : l'atlas, entrainant la tête glisse en avant sur l'axis et tend à basculer surtout si le ligament transverse se rompt ou se désinsère. Le bulbe est alors menacé par l'odontoïde si elle est intacte, par l'arc postérieur de l'atlas si l'odontoïde est fracturée.

Les masses latérales subissent un tassement latéral ou vertical et l'odontoïde rétrécit alors la lumière du trou occipital.

Tous ces déplacements sont fréquemment associés. C'est dans ces formes où la destruction est importante que peuvent se rencontrer des complications graves : la généralisation tuberculeuse, l'abcès fistulisé et surinfecté et les accidents de compressions brusques ou lentes.

La compression brusque est rare mais dramatique. Elle est due à la luxation foudroyante de l'atlas avec mort rapide dans un tableau de troubles bulbaires, cardio-respiratoires et quadriplégies.

La compression lente est plus fréquente : elle entraîne une paralysie des membres : quadriplégies, mais plus souvent monoplégies flasques localisées au plexus brachial avec prédominance des troubles moteurs (lésions de la corne antérieure). Ou une paralysie par atteinte des dernières paires crâniennes : le grand hypoglosse est le plus souvent atteint car ses fibres sont les plus exposées au niveau de leur émergence ; cela entraîne une parésie linguale avec trouble de la parole et de la déglutition.

Le spinal, avec paralysie du sterno-cleïdo-mastoïdien et du trapèze. Le pneumogastrique, avec troubles de la déglutition, raucité de la voix, bradycardie, crise d'asphyxie pouvant entraîner la mort.

Tous ces accidents, outre leur gravité propre, ont une grande valeur pronostique, selon le stade auquel ils se manifestent.

En dehors des manifestations parétiques transitoires rapidement régressives, dues à des poussées oedémateuses, les accidents précoces sont dûs à l'oedème ou à un abcès. Ils peuvent se voir dans la forme la mieux traitée. Leur diffusion est d'emblée grande, mais il est fréquent d'observer, sous traitement, une régression totale.

Si ce sont des accidents tardifs, leur installation est lente, leur symptomatologie incomplète, mais leur signification est beaucoup plus grave : accidents dûs à une compression osseuse ou à une pachyméningite ; ils sont irréversibles.

On décrivait aussi la forme plus rare du nourrisson ; les formes latentes révélées par un abcès ou par des accidents nerveux ;

enfin les formes associées à une autre localisation tuberculeuse comme un Mal de Pott cervical.

D I A G N O S T I C P O S I T I F

Le diagnostic positif du Mal de Pott sous-occipital est souvent difficile. Les douleurs cervicales, les torticolis, les irradiations douloureuses, les tuméfactions du cou, les luxations même des deux premières vertèbres peuvent avoir des origines aussi diverses que nombreuses, comme nous le verrons par la suite.

Pour affirmer une tuberculose en général il nous faut un ensemble de signes cliniques et paracliniques que nous apportent l'interrogatoire et l'examen du malade, la comparaison si possible de son état général antérieur et présent, les examens sanguins, les cuti- et intra-dermo réactions, les radiographies pulmonaires.

Pour confirmer le diagnostic il nous faut avoir la preuve bactériologique par l'analyse des crachats, par des tubages gastriques répétés, par des ponctions d'abcès, par l'inoculation au cobaye et l'ensemencement sur milieu de Lowenstein.

Pour le Mal de Pott sous-occipital le diagnostic différentiel est si difficile, les luxations atloïdo-axoïdiennes si fréquentes dans d'autres affections, qu'il est nécessaire parfois de retrouver une autre localisation tuberculeuse pour renforcer nos suspicions, des images radiologiques et tomographiques de destruction osseuse typique et d'avoir surtout des preuves bactériologiques et histologiques indiscutables.

D I A G N O S T I C D I F F E R E N T I E L

+ U N E O B S E R V A T I O N D E

D I A G N O S T I C D I F F I C I L E

Le diagnostic différentiel du Mal de Pott sous-occipital a pour vrai cadre celui des dislocations atloïdo-axoïdiennes.

Celles-ci sont assez fréquentes bien que mal connues ; la place généralement donnée au Mal de Pott dans leur étiologie apparaît comme excessive.

Nous verrons les arthrites sous-occipitales de nature non tuberculeuse : les arthrites infectieuses de l'enfant, le syndrome de Grisel, le R.A.A., la P.C.E.

Nous décrirons aussi toute atteinte traumatique ou toute malformation congénitale qui pourrait par leur symptomatologie évoquer un Mal de Pott sous-occipital.

I - LES ARTHRITES INFECTIEUSES DE L'ENFANT

Les arthrites sous-occipitales infectieuses de l'enfant surviennent dans un contexte particulier de scarlatine, de grippe, de rhumatismes articulaires aigüs. Elles s'accompagnent d'autres localisations articulaires et rétrocèdent rapidement.

Il existe des formes traînantes dont l'examen radiologique est trompeur : la contraction musculaire peut donner des images (pincement des interlignes, écartement des épineuses) voisines de celles que l'on observe dans le Mal de Pott.

Il faut citer comme source d'erreur encore, chez le sujet agé, la pachyméningite cervicale hypertrophique.

Enfin devant un abcès postérieur on peut retrouver une mastoïdite ou une ostéomyélite vertébrale.

toujours facile : soit qu'il se pose au sujet d'un Mal de Pott en évolution avec des signes inflammatoires locaux, soit qu'il se pose rétrospectivement devant une déformation permanente.

La mise en observation est donc nécessaire pour attendre les signes de certitudes, mais à l'encontre des autres localisations de Pott, ils apparaissent ici assez rapidement.

II - LE SYNDROME DE GRISEL

Grisel en 1930, a décrit sous le nom de toticolis naso-pharyngé la survenue d'une luxation atloïdo-axoïdienne au au cours d'une angine. Sa description indique que l'atteinte de l'articulation entre la première et la deuxième vertèbre cervicale a une triple conséquence : elle entraîne une luxation antérieure de l'atlas, dont l'arc antérieur quitte l'apophyse odontoïde ; elle s'accompagne d'une inclinaison latérale de la tête liée à l'atteinte prédominante d'une des deux articulations atloïdo-axoïdienne ; enfin elle donne lieu à une rotation portant en avant la masse latérale du côté malade. Tous les degrés sont possibles, mais on peut schématiquement distingué : les subluxations antérieures de l'atlas sur l'axis, et les subluxations et rotations simultanées atloïdo-axoïdiennes.

Le mécanisme qui entre en jeu est encore discuté. Il s'agirait essentiellement d'une inflammation rétro-pharyngée par voie lymphogène, consécutive à une infection de la région cervicale (angine - adénite aigüe - phlegmon cervical - oreillons) ou à une intervention chirurgicale (amydalectomie) avec contracture des muscles prévertébraux entraînant la luxation de l'atlas.

L'affection est rare chez l'adulte. SWANBERG, TITRUD et ses collaborateurs en ont rapporté quelques cas. Mais on la rencontre essentiellement chez l'enfant.

SULLIVAN en a relevé 52 cas dans la littérature, dont 85,6 % chez des moins de treize ans. Il est certain que, dans le jeune âge l'apophyse odontoïde n'est formée que par un bourgeon cartilagineux à peine armé d'une pointe et obéissant aux lois de l'ossification enchondrale.

Ni ce pivot, ni les articulations atloïdo-axoïdiennes ne peuvent assurer le maintien de la tête dès qu'intervient une arthrite ou une altération des équilibres neuro-moteurs.

III - LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU

Dans ce même groupe des dislocations survenant sur des vertèbres intactes avec interlignes articulaires apparemment normaux, tout au moins à la période initiale, il faut faire entrer les luxations atloïdo-axoïdiennes au cours des affections rhumatismales.

Le rhumatisme articulaire aigu en est un exemple. BOEVER et HENNEBERT en rapportent dix cas dont deux provenant de leur propre service. A deux reprises il y avait une compression médullaire. Pour DEBRE, MOZZICONACCI et ARTHUIS, il est facile d'expliquer l'évolution simultanée de la maladie de BOUILLAUD et du syndrome de GRISEL si l'on considère l'un et l'autre comme la conséquence d'une infection à streptocoques hémolytiques, et ayant déterminé à la fois une complication articulaire d'origine septique, traduite par une arthrite atloïdo-axoïdienne avec subluxation antérieure, et une complication non suppurée du type du rhumatisme articulaire aigu.

Ils trouvent une confirmation en faveur de leur hypothèse dans la constatation d'un taux élevé d'antistreptolysines.

IV - LA POLYARTHRITE CHRONIQUE EVOLUTIVE

La polyarthrite chronique évolutive et la spondylarthrite ankylosante ont été également à l'origine d'un certain nombre de cas relevés dans la littérature. Tout récemment COSTE, DELBANE, CAYLA et LAMBERT ont fait une étude d'ensemble sur les luxations des vertèbres cervicales dans la polyarthrite rhumatoïde.

Dans un travail sur les localisations cervicales de la polyarthrite chronique évolutive de l'enfant, LE BAUDOUR et FREYBERG signalent un cas de subluxation de C1 sur C2 chez une malade de 26 ans atteinte de polyarthrite chronique évolutive depuis l'âge de 9 ans. Ils insistent sur le rôle de l'atteinte par le processus polyarthritique des deux petites articulations qui unissent d'une part l'arc antérieur de l'atlas et l'odontoïde et d'autre part celle-ci et le ligament transverse. L'inflammation des synoviales de ces petites jointures pourrait provoquer une distension voir même une rupture du ligament transverse ce qui contribuerait au glissement en avant de C1 sur C2.

V - CONCLUSION SUR LES ARTHRITES SOUS OCCIPITALES NON TUBERCULEUSES

Qu'il s'agisse d'une simple contracture musculaire liée à une arthrite ou à la propagation lymphatique d'une infection voisine, ou bien d'une contracture associée à des altérations ligamentaires,

en particulier le ligament transverse, il apparaît donc que de tels déplacements sont possibles sans lésions osseuses caractérisées et visibles sur les clichés radiographiques.

L'étude du mouvement du rachis cervical par radiocinématographie comme l'a réalisé FIELDING, montre d'ailleurs que les attitudes physiologiques sont souvent voisines de la subluxation. Les mouvements de flexion et d'extension sont, entre C1 et C2, d'environ 15° d'amplitude. Par contre, l'articulation atloïdo-axoïdienne entre pour 50 % dans la rotation complète du cou et lors de l'inclinaison latérale du rachis cervical. UNe rotation importante se retrouve également entre les deux premières vertèbres du cou. Ce mouvement se produit autour d'un pivot excentré vers l'avant, l'odontoïde, par glissement et débordement des surfaces articulaires latérales planes de l'atlas sur les surfaces correspondantes convexes de l'axis.

Il s'en suit radiologiquement un aspect de rapprochement de C1 et C2, avec une diminution et un pincement de l'espace articulaire proportionnels à l'importance du mouvement de rotation et voisins des images rencontrées au cours des subluxations.

Il serait dangereux cependant de conclure à l'absence de lésions osseuses sur de simples clichés standards, même avec des films transbucaux de la colonne cervicale. l'interprétation en est souvent difficile surtout chez l'enfant. SWYNGHEDAUW, BARTE et LAINE ont rapporté des observations de syndrome de GRISEL secondaires à des infections mastoïdiennes et dans lesquelles une ostéite de l'atlas, pourtant bien caractérisée, n'était visible que sur les tomographies. De même dans la polyarthrite rhumatoïde, il est possible de découvrir plus qu'une ostéosclérose sous-chondrale et une ostéophytose.

Des désaxations de l'odontoïde par incurvation latérale ou postérieure ont été observées.

La résorption osseuse est parfois telle que cette apophyse a pu dans certaines observations être détachée de l'axis. Il faut enfin signaler un cas probablement unique de GARCIN, GODLEWSKI, POSTEL et DRY caractérisé par une invagination axoïdo-atloïdienne.

Toutes ces dislocations sont susceptibles d'entraîner l'apparition de troubles nerveux parfois mortels, heureusement assez rares dans le cas de syndrome de GRISEL secondaire à une infection de voisinage ou à une maladie de BOUILLAUD. Ils semblent plus courants dans les luxations apparaissant au cours de la polyarthrite rhumatoïde.

Mais leur fréquence est difficile à apprécier car ce sont eux qui dans la plupart des cas se trouvent à l'origine de la découverte de la luxation atloïdo-axoïdienne.

VI - DISLOCATIONS ATLOIDO-AXOIDIENNES CONSECUTIVES A UN TRAUMATISME ANCIEN OU RECENT OU A UNE MALFORMATION CONGENITALE

Ce sont d'ailleurs des manifestations neurologiques qui sont le plus souvent à l'origine du diagnostic des malformations congénitales de la charnière occipito-cervicale et des luxations atloïdo-axoïdiennes par fracture ancienne et méconnue de l'apophyse odontoïde.

Il est d'ailleurs probable que de nombreuses luxations atloïdo-axoïdiennes considérées comme post-traumatiques soient en réalité la conséquence d'anomalies congénitales.

Le traumatisme, quelquefois mineur, ne fait que révèler une malformation en provoquant la prise de clichés, et dans la plupart des cas observés tardivement chez des adultes après un très long temps de latence, il est impossible de dire si la séparation ou la brièveté de l'odontoïde est congénitale ou acquise. La lésion prête en principe à moins de discussions chez l'enfant.

BLOCKEY et PENSER n'ont trouvé aucun exemple d'absence de fusion de l'odontoïde dans les cas de fractures survenues avant l'âge de 7 ans. Il n'est pas impossible cependant que chez un sujet jeune la séparation de l'apophyse odontoïde apparaisse parfois comme le résultat d'une séparation épiphysaire traumatique non consolidée. Il semblerait que ce soit le cas pour un malade de LIPSCOMB et pour les deux observations rapportées par ZIKE et dans lesquelles existait une complication neurologique grave, dont une mortelle.

Quoi qu'il en soit, on peut observer un temps de latence très long entre la découverte ou l'apparition des lésions osseuses et la myelopathie. L'intervalle libre a pu atteindre 32 ans dans un cas de luxation atloïdo-axoïdienne par fracture de l'odontoïde rapporté par SALVINI et PELLICIOLI. Cela explique que ces myélopathies différées soient rarement rencontrées dans l'enfance. La série de BLOCKEY et PENSER n'en comporte aucun cas avant l'âge de 15 ans. En ce qui concerne les malformations congénitales que GARCIN s'est attaché à étudier, certaines publications donnent une idée des complications neurologiques.

MAC RAC, sur 28 cas d'occipitalisation de l'atlas, 21 cas de platybasie ou d'impression basillaire, 11 cas de séparation de l'apophyse odontoïde et 6 cas de luxation chronique atloïdo-axoïdienne

trouve dans chaque groupe 30 à 50 % de formes asymptomatiques.

Dans les autres cas, les symptômes extrêmement variables peuvent évoquer la slérose en plaques, la syringomyélie, la syringobulbie, ou encore une tumeur cérébrale.

Pour cet auteur, la séparation de l'odontoïde et la dislocation chronique atloïdo-axoïdienne sont probablement congénitales, au même titre que les deux autres déformations citées.

Mais l'étiologie traumatique est défendue par d'autres. On retrouve ici les mêmes discussions que pour les spondylolisthésis.

On ne saurait terminer ce tout d'horizon bibliographique des luxations atloïdo-axoïdiennes sans mentionner quelques observations rares telles que celles de KERSLEY se rapportant à un cas de goutte polyarticulaire et viscérale où un volumineux tophus localisé dans la région sous-occipitale avait entraîné une dislocation atloïdo-axoïdienne, ou encore celle rapportée par ROBINSON et SOUTHWICK qui était due à un plasmocytome de l'axis.

EXEMPLE D'UN DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL DIFFICILE

Nous avons retrouvé dans le dossier de malade du service de Rhumatologie du Professeur DE SEZE à l'Hôpital LARIBOISIERE, une observation où le diagnostic fût des plus difficiles : la malade avait été admise avec le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital probable.

Madame C... E..., conseiller technique est admise le 13/3/67. Pendant un an elle a présenté un tableau de névralgie d'Arnold droite : douleur occipitale droite avec irradiations depuis

février 1966. Elle a eu trois infiltrations locales et plusieurs cures de Cortancyl ; la première cure a fait disparaître les douleurs depuis le mois de juin jusqu'au mois de septembre.

Au début de 1967, les douleurs s'exagèrent et apparaît une masse d'abord fluctuante puis tendue, dans la région occipitale et rétromastoïdienne droite, en voie de fistulisation à l'entrée dans le service.

En 1966 les radiographies du rachis cervical sont normales.

En 1967, les radiographies standards montrent un aspect irrégulier de la masse latérale droite de l'atlas. Les tomographies décèlent alors un pincement atloïdo-occipital droit.

C'est donc une arthrite occipito-atloïdienne droite.

On discute donc une infection à pyogène ou à Mal de Pott sous-occipital : la localisation et l'évolution sur une année sont en faveur du Mal de Pott ; par contre on a pas retrouvé de bacille de Koch à l'examen direct du pus, et l'examen histologique après évidement chirurgical de l'abcès n'a pas montré de formation épithélioïde.

Dans le premier pus par ponction, avant l'intervention, on trouve un germe difficile à identifier, mais la culture se souille d'un gram + qui devient prédominant et empêche d'adresser le germe n° 1 à l'institut Pasteur.

Le deuxième pus prélevé lors de l'intervention de l'abcès montre un germe qui semble être un coryne-bacterium. On note cependant que le germe n° 1 du premier prélèvement a le même aspect morphologique que le coryne-bacterium. On aura donc deux fois le même germe, rare, ce qui élimine, semble-t-il une souillure. C'était en effet un

coryne-bacterium microaérophile.

L'attitude thérapeutique du Professeur DE SEZE et du Docteur GUERIN a été la suivante : pendant trois mois la malade a été traitée comme pour une arthrite non tuberculeuse en utilisant les antibiotiques indiqués par l'antibiogramme. Après ce temps il a été fait un bilan clinique, biologique et radiologique (tomographies).

Il nous faut ajouter que la malade avait un diabète familial qui a été décompensé par les cures de Cortancyl successives ; et d'autre part que les sérodiagnostics de Wright et de Widal ont été négatifs.

Le premier juin 1967 ces bilans ont donc été faits : les antibiotiques (Pénicilline - Rovamycine - Erythromycine) ont été bien pris depuis le mois d'avril 1967.

L'amélioration de l'état général se fait progressivement et il y a une lente régression de l'asthénie. Il n'y a pas eu de récidive de la tuméfaction dans la région occipitale.

La vitesse de sédimentation n'est plus accélérée et la numération formule sanguine se normalise.

Le 13 juillet 1967, l'état général est nettement amélioré.

L'état fonctionnel est excellent : le rachis est souple.

On arrête le traitement antibiotique.

Le coryne-bacterium microaérophile est rarement pathogène. Mais l'absence ici de B.K., le manque de preuves histologiques, le fait d'avoir retrouvé à deux reprises ce germe exceptionnel, enfin le traitement par des antibiotiques qui n'étaient pas antituberculeux et le résultat satisfaisant qui a été obtenu, n'ont pas permis de porter le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital chez cette malade.

O B S E R V A T I O N S P U B L I E E S

- Professeur A. VERHAEGHE

- Professeurs J.J. PIQUET -

P. MASSOL -

F. BEUSCART.

De ces constatations personnelles ajoute M. LACHERETZ en 1968 et de celles tirées de la littérature médicale récente il semblerait donc ressortir, à priori, que le Mal de Pott sous-occipital n'existe pas. Cependant la statistique de SORREL, faite sur 1 457 Maux de Pott, en comporte 23 cas.

M. LACHERETZ après une enquête livrée dans les différents services de l'Hôpital Régionale de LILLE a pu avoir connaissance de deux observations. L'une provient de la Clinique Rhumatologique (Professeur André VERHAEGHE), l'autre des élèves du Professeur PIQUET (publication de 1962 à propos de 3 cas d'abcès froids rétro-pharyngés par Messieurs J.J. PIQUET, P. MASSOL et F. BEUSCART).

La première observation, déjà ancienne, provenant de la Clinique du Professeur André VERHAEGHE concerne une femme adressée à une consultation hospitalière parce qu'une dysphagie était venue se greffer sur une arthrose cervicale pour laquelle elle était soignée depuis quelque temps. En fait, cette dysphagie, était la con séquence d'un abcès rétropharyngé dont la nature tuberculeuse a pu être démontrée bactériologiquement et le point de départ sous-occipital objectivé par des radiographies transbuccales et des tomographies.

La seconde observation que nous allons voir plus longuement, est constituée par les trois cas d'abcès froids rétropharyngés.

1ère Observation :

Monsieur M... Mohamed, un jeune mineur Nord Africain présente une tuberculose multiple : poignet, omoplate et mal de Pott sous-occipital.

Il est admis dans le service du Professeur DOUMER (LILLE) où il est traité par la médication antibacillaire triple associée.

Le 16 septembre 1955, le malade est adressé au service O.R.L. pour dysphagie et gène importante à la déglutition. L'examen met en évidence un abcès rétropharyngé qui est ponctionné par voie buccale : on retire 15cc de pus et l'on injecte 1 gramme de Streptomycine dans la cavité.

L'examen bactériologique montre des B.K. à la culture.

Une deuxième ponction est pratiquée huit jours plus tard.

L'évolution est extrêmement favorable : la dysphagie disparait et le malade est revu deux mois plus tard : l'abcès est complètement guéri.

Si les abcès rétropharyngés compliquent un Mal de Pott déjà connu, ils peuvent, comme c'est classique, révèler la lésion ostéoarticulaire presque latente.

Cette observation où le Mal de Pott sous-occipital est déjà confirmé, à l'avantage cependant de nous montrer les quelques signes cliniques de l'abcès rétropharyngé et surtout son traitement constitué par des ponctions répétées et par des injections locales d'antibiotiques antituberculeux.

2ème observation :

Madame R... Flore, femme de 67 ans est adressée à l'O.R.L. pour dysphagie avec discrète gène à la respiration et violentes algies occipitales.

L'examen pharyngé met en évidence un volumineux abcès rétropharyngé. On note en outre une légère diminution des mouvements de la colonne vertébrale.

Une ponction est pratiquée par voie buccale, elle ramène 20cc de liquide louche dont la culture permet de mettre en évidence le B.K.

On injecte localement 1 gramme de Streptomycine.

Les radiographies du rachis cervical permettent d'affirmer le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital.

On pratique quatre ponctions à huit jours d'intervalle avec injection locale de Streptomycine et un traitement général triple associé.

La guérison de l'abcès rétropharyngé est obtenu en un mois.

La malade est adressée en chirurgie pour pose d'une minerve platrée.

Cette observation qui est celle à nouveau d'un abcès rétropharyngé se différencie de la première observation que nous avons vue, en effet ici, le Mal de Pott n'était pas connu. L'abcès a révélé les lésions ostéo-articulaires en provoquant la prise de clichés. Nous avons donc ici des preuves bactériologiques par la mise en évidence du B.K. dans le pus de l'abcès, et des preuves radiologiques de l'atteinte osseuse : il s'agit bien d'un Mal de Pott sous-occipital.

<u>3ème observation</u> :

Monsieur D. Samba, un jeune noir de 25 ans est hospitalisé

dans le service de Médecine pour gène à la déglutition associée à une limitation des mouvements du cou et à des algies de la région occipitale.

Le malade est transféré en O.R.L. à la suite de la découverte d'un abcès rétropharyngé, le 27 avril 1961.

A l'entrée dans le service, on remarque un bombement important de la paroi pharyngée postérieure.

Le rachis cervical est fixe et ne peut être mobilisé d'une façon passive ou active.

L'examen général est sensiblement normal et ne montre qu'un amaigrissement léger.

L'abcès est ponctionné le 28 avril 1961 par voie buccale sous couverture d'un traitement antibiotique général.

On retire du pus franc qui est envoyé à l'examen bactériologique. Celui-ci montre la présence d'un Streptocoque et l'absence de B.K.

Les examens paracliniques ne sont pas modifiés : hémogramme normal ; vitesse de sédimentation accélérée ; sérologie négative ; cuti-réaction négative, de même que l'intra-dermoréaction à 20 puis à 50 unités.

Les radiographies complétées par les tomographies ne montrent aucune lésion du rachis cervical et en particulier de l'atlas et de l'axis.

Une deuxième ponction est pratiquée le 2 mai 1961 qui amène une nette amélioration de l'état du malade : diminution des douleurs et amélioration de la limitation des mouvements.

Devant la négativité des réactions tuberculiniques et devant l'intégrité du rachis on pratique biopsie de la coque de l'abcès

afin d'en découvrir la nature exacte ; l'examen histologique (Docteur BENOIT) montre à la partie profonde du prélèvement une prolifération épithélio-giganto-cellulaire avec quelques petits foyers de calcification : il s'agit d'un abcès froid.

Le malade est alors mis au traitement anti-bacillaire.

L'abcès rétropharyngé diminue considérablement de volume mais persite, malgré le traitement.

Les cultures sur milieux spéciaux confirment le diagnostic de tuberculose et le malade est adressé à l'hôpital A. CALMETTE.

Les nouvelles radiographies sont pratiquées le 21 juin 1961, soit deux mois après les premiers clichés.

Il existe alors des lésions Pottiques indiscutables de la masse latérale de l'atlas.

Le malade est transféré dans le service de traumatologie pour la pose d'une minerve.

Il est ensuite adressé à l'hôpital de BERK.

C O N C L U S I O N à propos de ces trois observations.

Dans ces deux cas la symptomatologie n'était en rien supperposable aux riches tableaux qui s'étalent dans les traités, puisque l'abcès y est considéré comme inconstant et ne devant déterminé que rarement une gène respiratoire ou une dysphagie.

Par contre il n'existait aucun signe neurologiques abondamment décrits comme étant, tout au moins en partie, leur conséquence : le rôle de la dislocation atloïdo-axoïdienne ayant d'ailleurs une importance primordiale dans la production de ces troubles nerveux.

A la lumière de ce qui se passe dans les luxations atloïdo-axoïdiennes d'origine congénitales ou traumatiques on peut craindre que les accidents nerveux ne se manifestent à distance sans qu'il y est, pour cela, un réveil de la maladie tuberculeuse sur un Mal de Pott sous-occipital guéri.

La découverte d'un abcès rétropharyngé chez un adulte n'est pas fréquent surtout s'il s'agit d'un abcès froid. On connaît, par contre la relative banalité de cette affection chez l'enfant.

L'espace rétropharyngé contient en effet des formations lymphoïdes décrites par GILLETTE dans sa thèse de 1867 ; puis par Marc ANDRE et ROUVIERE. Ces ganglions lymphatiques s'atrophient puis disparaissent, pour ces auteurs, vers l'âge de quatre ans.

L'abcès rétropharyngé de l'adulte est bien causé, le plus souvent par une infection de voisinage, et en particulier, au cours de maladie du rachis et au premier rang de celles-ci par la tuberculose.

La localisation sous-occipitale du Mal de Pott n'est pas fréquente. Avant l'ère des antibiotiques elle représentait 1,5 % des tuberculoses vertébrales ; d'après une statistique plus récente le

pourcentage est tombé à 0,5 %.

Le pus provenant de la carie osseuse vertébrale traverse le ligament vertébral antérieur et pénètre dans l'espace rétro-viscéral où il s'accumule.

La paroi pharyngée postérieure se laisse facilement refouler en avant (mais les muscles constructeurs opposent une défense solide contre l'infection) d'autant plus facilement que la loge rétropharyngée communique directement vers le bas avec l'espace rétro-viscéral de HENKE et le médiastin postérieur.

La gène mécanique à la déglutition et la phonation, liée au volume de l'abcès fait parfois adresser au spécialiste O.R.L. le malade atteint d'un Mal de Pott sous-occipital.

Dans la dernière observation du jeune noir de 25 ans, les auteurs avaient pensé au début qu'il s'agissait d'un abcès froid sans lésion osseuse.

Les observations de ce type sont rares, mais quelques cas ont été publiés par IGLAUER, SMITH, et J.J. PIQUET.

Contrairement aux opinions classiques il persite des reliquat lymphoïdes à l'âge adulte dans l'espace rétropharyngé. L'infection de ces ganglions se rencontre au cours de certaines tuberculoses ganglionnaires du cou (1 pour 500 cas d'après WEBER) ou au cours de certaines primo-infections à chancre d'inoculation pharyngé ou amygdalien et surtout rétropharyngé. Dans ce dernier cas le chancre passe facilement inapperçu et seul l'examen histologique systématique des végétations adénoïdes permet d'en faire le diagnostic

La primo-infection pharyngée paraissait possible quisqu' il s'agissait d'un noir récemment transplanté en France.

La découverte secondaire du Mal de Pott sous-occipital deux mois après le début de l'abcès a, disent les auteurs, modifié leur façon de voir, car si KAUFMAN défend la théorie du point de départ ganglionnaire des tuberculoses ostéo-articulaires, cette théorie est toujours vivement critiquée.

La guérison de l'abcès par contre, améliore souvent l'état vertébral et TITCH a décrit un cas d'abcès rétropharyngé qui a guéri par des ponctions sans que la lésion vertébrale soit découverte radiologiquement. Il a fallu six ans à cet auteur pour qu'apparaisse un Mal de Pott.

On peut ainsi être amené à se demander si certains abcès froids rétropharyngés primitifs ne sont pas les témoins d'un Mal de Pott latent qui évoluera favorablement vers la guérison.

O B S E R V A T I O N S P U B L I E E S

- Docteur O. BENGERT

  BARMBEK (HAMBOURG)

  z Orthopédia 1963 p. 540-543

  Beitrag zum Malum Sub-occipitale

Observation sur un Mal de Pott sous-occipital décrit par le Docteur O. BENGERT à BARMBEK (HAMBOURG).

Monsieur F... S... ressent pour la première fois en 1959, il avait 56 ans, une douleur à la nuque irradiant vers les épaules et les omoplates ; plus intenses le soir, cette douleur s'atténue la nuit et pendant la journée. Une radiothérapie et quelques séances de massages en viennent vite à bout. Il est fatigué, mais il a, à ce moment un travail difficile de manoeuvre.

On rappelle qu'à 8 ans il avait eu une pneumopathie qui avait nécessité un repos au lit de 3 mois, mais qui n'avait pas laissé de séquelles. A 16 ans il a présenté un rhumatisme avec douleurs aux genoux et aux épaules.

Il avait été réformé en 1939 pour surdité (Otosclérose) et cette même année il avait eu un Ictère qui l'arrêta pendant 6 semaines. En 1956 on note un traumatisme crânien qui nécessite 3 semaines de repos.

En 1962, 3 ans environ après avoir ressenti cette douleur à la nuque, alors qu'il transportait une caisse lourde cette douleur réapparait brusquement ; elle est très aigue.

On demande des radiographies et l'on fait le diagnostic de rhumatisme "cervical".

Le traitement médical et la kinésithérapie n'apporte cette fois aucune amélioration. La douleur est encore plus importante ; elle s'accompagne maintenant d'un torticolis droit avec limitation des mouvements ; on note une parésie du bras droit.

Le malade ne travaille plus depuis le 15 janvier 1962.

Il a perdu 5 kgs depuis un an.

Il présente maintenant une inflammation de l'amygdale droite ; des troubles de la déglutition et une sensation de corps étranger dans l'oeil droit.

En avril 1962 les radiographies demandées montrent une subluxation Atloïdo-axoïdienne. Le malade est mis immédiatement sous extension continue ; il reçoit des antibiotiques et après 3 semaines, la température se normalise.

En mai 1962, des tomographies révèlent un processus d'ostéolyse sur C1 - C2.

Il n'y a pas d'abcès, le tubage gastrique est négatif, mais la cuti-réaction est franchement positive.

Les douleurs diminuent sous l'extension continue et en juillet 1962 le malade reçoit des antibiotiques antituberculeux (INH - PAS).

En avril 1963 on lui pose une minerve plâtrée qui sera ensuite remplacée par une minerve en plastique.

Les radiographies montrent à ce moment l'importance des dégâts ostéo-articulaires ; irrégularités de l'arc antérieur de l'atlas, tassement des masses latérales ; subluxation des articulations entre les deux premières vertèbres cervicales et une carie de l'odontoïde.

Le 5 juin 1963 le malade présente des troubles neurologiques avec atteinte des dernières paires crâniennes : déviation et atrophie de la langue : troubles de la déglutition.

Mais son état général s'améliore et son poids augmente légèrement.

Le diagnostic qui a donc été porté est celui d'un Mal de Pott sous-occipital, avec atteinte des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne ayant entraîné des troubles nerveux.

O B S E R V A T I O N I N E D I T E

- Professeur H. BROCARD

Docteur Ch. GALLOUEDEC

OBSERVATION DU SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE

DU PROFESSEUR H. BROCARD

Docteur GALLOUEDEC :

Monsieur D... Allouseni, 34 ans, Malien en France depuis un an est admis dans le service le 16 février 1967.

Ce malade est adressé par le Docteur GRIVAUX de l'Hôpital Saint-Louis, où il avait consulté pour des douleurs cervicales et pour une asthénie.

Les clichés pulmonaires qui avaient été démandés à l'hôpital Saint-Louis, ont montré une anomalie du hile gauche.

Il n'y a pas d'antécédents à proprement parler : le malade dit n'avoir jammais toussé ; ne s'est jamais plaint de douleurs thoraciques, il n'a jamais eu d'hémoptysie.

Le seul signe révélateur est donc cette douleur cervicale postérieure, haute, apparue depuis trois à quatre semaines et qui réveille le malade parfois la nuit.

La cuti-réaction est positive et la vitesse de sédimentation est à 25 - 49 - 105.

Les radiographies du rachis cervical sont normales. Les tomographies pulmonaires montrent à la partie supérieure du hile gauche une opacité unissant l'aorte à l'artère pulmonaire, sur laquelle on hésite à se prononcer.

La bronchoscopie est normale.

La recherche du B.K. est négative.

La numération formule sanguine est aussi normale.

Il n'y a pas d'hémoglobine anormale.

L'angiographie montre enfin un gros genou de l'artère pulmonaire qui reste opacifié assez tard et qui semble correspondre à l'anomalie vue sur les radiographies et les tomographies.

Mais le malade se plaint toujours de douleurs cervicales.

Les radios standards du rachis cervical sont normales. Les tomographies ont été retardés parce que le malade devait subir l'angiographie qui devait mettre en évidence le genou de l'artère pulmonaire.

L'examen neurologique ne montre aucun signe de déficit si ce n'est une déviation de la langue vers la gauche.

L'examen des autres paires crâniennes n'apporte rien.

Le 17-3-67 : Les douleurs cervicales qui étaient sous-occipitales et à droite se bilatéralisent et s'accompagnent d'une raideur segmentaire ; ce malade souffre surtout lors de la rotation de la tête.

Le 18-3-67 : On signale une dysphagie en plus de la douleur cervicale et l'on découvre une adénopathie sous-angulo-maxillaire et cervicale.

Le 21-3-67 : Les tomographies du rachis cervical montrent une destruction très importante de la masse latérale gauche de l'atlas avec disparition des interlignes sus et sous jacents.

L'atlas présente d'autre part une subluxation vers la droite : le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital est retenu dès ce jour mais sans bien sûr, une certitude formelle.

Le 22-3-67 : On institue un traitement antituberculeux (P.A.S. - Rimifon - Streptomycine) auquel on ajoute des vitamines B1 - B6 - P.P.

On ne trouve pas d'abcès à l'examen O.R.L. Une petite tuméfaction rétro-mastoïdienne gauche est ponctionnée, mais la ponction reste blanche.

Le 24-3-67 : Le malade est passé au Service de Chirurgie (Pr. OLIVIER)

Le 31-3-67 : "Nous avons fabriqué une minerve bien ajustée qui lui bloque bien la mobilité du rachis mais aussi qui l'empêche de manger et le réduit à une alimentation liquide". Actuellement la vitesse de sédimentation est à 20 - 35 pour un hémogramme normal. Une minerve a donc été posée le 31-3-67 et le traitement antibacillaire engagé depuis le 22-3-67.

Le 10-4-67 : Une décision d'intervention est prise dans un double but : diagnostique et thérapeutique. Cette intervention ayant par ailleurs l'intérêt de limiter le temps de port de la minerve.

Le 21-4-67 : L'intervention consiste en une arthrodèse occipito-axoïdienne et confirme le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital par les prélèvements des débris situés à la place des masses latérales de l'atlas et de l'occipital.

COMPTE-RENDU OPERATOIRE : (Docteur LANGUEPAIN)

"Abord du Pott sous-occipital pour deux raisons, d'une

part pour avoir le diagnostic bactériologique, d'autre part pour arthrodéser et stabiliser le glissement de l'atlas.

1°- Longue voie postérieure allant de C7 à la protubérance occipitale externe ; on dégage en sous-periosté l'occipital, l'arc postérieur de l'atlas et de l'axis ; l'os semble normal ; aucune trace d'abcès. On tente d'aborder l'articulation occipito-atloïdienne gauche en passant sur le côté de C1, mais on se heurte au plexus occipito-atloïdien postérieur et à l'artère vertébrale. On passe alors par voie haute, entre occipital et mastoïde et on tombe sur une poche avec des fongosités qui semblent d'allure tuberculeuse.

Curtage de l'articulation.

On note une grande mobilité et instabilité de l'atlas.

2°- Prélèvement d'un long greffon cortico-spongieux sur l'aile iliaque ; on le taille en H.

3°- Après fraisage de l'occipital, des arcs postérieurs C1-C2, on applique le greffon qui tient EN HAUT par une vis de 12mm. dans l'occipital AU MILIEU par un fil de Danis passé sous et dans l'arc postérieur de l'atlas et sortant par deux trous dans la greffe, EN BAS le jambage du H s'encastre dans l'épineuse de C2. On complète en bourrant des greffons spongieux.

On reconfectionne une minerve".

RESULTATS DE L'ANATOMIE PATHOLOGIE DU 25/4/67

"Ces fragments comportent des plages de nécrose et d'éosinophile ayant l'aspect du caséum.

On trouve d'autre part des travées faites de cellules épithélioïdes et quelques formations folliculaires assez typiques comportant quelques cellules géantes de LANGHANS.

CONCLUSION : Il s'agit donc d'une lésion tuberculeuse folliculaire et caséeuse".

Le malade revient dans le service le 1er juin 1967 : il ne souffre plus ; il porte une minerve à appui frontal.

On demande une radiographie pulmonaire de contrôle.

Il part à BERCK le 24-6-67 et y reste jusqu'au 9-1-68.

Il est traité ensuite pendant deux mois à GROSLAY du 7-668 au 31-7-68.

Le 23-9-68 il reprend son travail.

Le traitement médical institué pendant trois mois dans le service de Pneumo-Phtisiologie de l'Hôpital TENON est continué par la suite pendant au moins un an, et le traitement chirurgical ont eu des résultats satisfaisants : l'état général du malade est bon et l'état local du rachis cervical est nettement amélioré.

Le malade est surveillé et des radiographies de contrôle sont périodiquement demandées bien que le malade est repris une activité professionnelle en octobre 1968.

En avril 1969 les images thoraciques sont normales. Mais en juillet 1969 on découvre une opacité de situation para-hilaire droite mesurant 3cm. de diamètre, non excavée.

Le malade est à nouveau hospitalisé le 25-7-69 : est-ce une pneumopathie subaigue ? Une mycose ?

Une tuberculose est plus vraisemblable.

On fait une épreuve au TOTAPEN ; l'image persistant, on institue un traitement antituberculeux : P.A.S. - Rimifon et Ethambutol.

Le 13-9-69 : Les dernières radiographies semblent montrer une diminution de l'image para-hilaire droite. On demande aussi de nouvelles tomographies. On accepte de traiter le malade en ambulatoire sous une surveillance stricte.

CETTE OBSERVATION EST RICHE D'ENSEIGNEMENT :

1°- Elle souligne avec force l'utilité des tomographies répétées du rachis cervical qui sont indispensables devant des radiographies standards souvent muettes.

2°- Elle apporte la certitude du diagnostic du Mal de Pott sous-occipital par des preuves histologiques indiscutables.

3°- Elle nous montre l'intérêt double du traitement chirurgical.

4°- Elle nous apprend enfin la nécessité d'une surveillance rigoureuse chez ces malades, qui peuvent, comme celui-ci présenter une autre localisation tuberculeuse même quelques années après.

O B S E R V A T I O N S I N E D I T E S

- Professeur S. DE SEZE

OBSERVATIONS INEDITES DU PROFESSEUR S. DE SEZE SERVICE DE RHUMATOLOGIE DE L'HOPITAL LARIBOISIERE A PARIS.

Nous avons retrouvé dans le dossier des malades du Professeur DE SEZE service de Rhumatologie de l'Hôpital Lariboisière à Paris trois cas de Mal de Pott sous-occipital.

Le premier cas reste douteux : il s'agirait d'un Mal de Pott sous-occipital ancien et guéri. Mais les deux autres ont été confirmés par les examens bactériologiques et radiologiques.

PREMIERE OBSERVATION :

Monsieur L... Jean 25 ans, est hospitalisé en 1955 dans le service où il est venu consulter pour des douleurs cervicales et des céphalées apparues en 1949.

En 1949, il souffrait déjà d'un torticolis douloureux droit.

En 1951, il est possible qu'il est eu une méningite, car le malade parle de maux de tête, de vomissements et de photophobie.

En 1952, il est soigné à BERCK pour un Mal de Pott cervical.

Il a eu un traitement antituberculeux : P.A.S. en intraveineux et Rimifon.

Il semble aussi qu'une ponction lombaire à LILLE aurait confirmé l'origine bacillaire de l'affection.

En 1954, le malade est à nouveau à BERCK.

Il refuse la greffe que les chirurgiens lui proposent à ce moment. Nous le retrouvons donc en 1955 dans le service du

Professeur DE SEZE pour des douleurs cervicales et des céphalées occipitales, qui sont plus intenses le soir. Le rachis cervical est très raide : tous les mouvements sont bloqués : il y a une petite tuméfaction fluctuante à la partie inférieure de l'interligne sterno-claviculaire droit.

Il n'y a pas d'adénopathies, ni d'abcès cliniquement décelables.

Les radiographies montrent une image difficile à interpréter de la région sous-occipitale ; le diagnostic de Mal de Pott est très douteux. La vitesse de sédimentation est de deux centimètres à la première heure, ce qui élimine une lésion actuellement évolutive.

La rigidité extrême du rachis cervical traduite radiologiquement par le remaniement de la région sous-occipitale, semble peut-être en rapport avec un foyer pottique mineur, ancien, actuellement complètement cicatrisé.

Nous n'avons pas retrouvé de tomographies. Elles nous auraient certainement apporté des éléments précieux du diagnostic.

Il a été porté sur ce cas le diagnostic de cervicalgies en rapport avec un Mal de Pott guéri.

Cette observation n'est pas très convaincante parce qu'elle est incomplète ; nous ne possèdons pas en effet tout le dossier du malade ; nous ne connaissons pas toute l'histoire de la maladie.

Il y a certes des suspicions : un terrain tuberculeux, les douleurs cervicales, un torticolis, des radiographies sous-occipitales difficiles à interpréter.

DEUXIEME OBSERVATION :

Monsieur D... Tomo, peintre en bâtiment, 24 ans, présente à son arrivée dans le service une contracture douloureuse prédominante du côté gauche de la nuque.

Cela a commencé en juillet 1959, où il a présenté un torticolis qui a guéri en 10 jours après un traitement de vitamines B1 et semble-t-il, de Pénicilline et Cortancyl.

En août 1959, à nouveau il souffre d'une contracture douloureuse de la nuque ; il présente en outre un gonflement du bord gauche de la langue qu'on attribut à un accident de la dent de sagesse. Cette rechute l'incite à consulter : l'examen clinique nous montre donc cette douleur à la nuque qui prédomine du côté gauche, qui est plus accentuée le soir, qui irradie vers la région trapézienne, une raideur cervicale, plus nette quand on demande au malade de faire quelques légers mouvements de la tête ; on retrouve enfin des points douloureux latéraux bas situés.

Les examens radiologiques nous confirment l'existence d'une luxation atloïdo-axoïdienne, mais avec une tuméfaction pré-vertébrale.

On a pensé que cette tuméfaction était l'image d'un abcès. Monsieur PIALOUX a pu retirer un peu de pus ; l'ensemencement sur milieu de Lowenstein a montré du B.K.

Ce malade qui était ressorti en attendant les résultats des examens paracliniques, a été convoqué en urgence mais il ne s'est pas présenté.

Le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital est ici certain, confirmé par la bactériologie et la luxation atloïdo-

axoïdienne bien mise en évidence par des examens radiologiques de face et de profil.

TROISIEME OBSERVATION :

Mademoiselle M... Rafia, Tunisienne, 29 ans, fonctionnaire des P.T.T., est admise dans le service le 13 septembre 1967 pour "cou bloqué" depuis un an.

En juillet 1966, à Tunis, elle présentait des cervicalgies avec limitation des mouvements, une adénopathie latéro-cervicale. cela est considéré comme un abcès pharyngé ou un syndrome de Grisel et après un traitement antibiotique, les douleurs disparaissent et tout rentre dans l'ordre.

En septembre 1966, au cours d'un stage à PARIS pour les P.T.T., elle présente une bronchite et à nouveau des cervicalgies, cette fois plus tenaces et plus intenses. Elle est admise à l'Hôpital NECKER pour un bilan : les radiographies pulmonaires sont normales, il n'y a pas d'adénopathies, les radiographies cervicales faites en 1966 ne montrent aucune atteinte osseuse.

On doit noter cependant dans le lobe pulmonaire inférieur droit un chancre calcifié, ce qui souligne l'ancienneté de la primo-infection.

On avait pensé à un certain moment à une anomalie vertébrale.

Elle avait eu à Tunis un traitement anti-tuberculeux de trois mois sans qu'on ait fait la preuve de la tuberculose. Mais cela n'a apporté aucune amélioration.

Elle est à nouveau à Tunis en décembre 1966 : les mouvements sont toujours limités et les douleurs sont importantes.

En avril 1967 elle arrête de travailler.

C'est seulement en septembre 1967 qu'elle est adressée au Service du Professeur DE SEZE.

A l'examen clinique on retrouve des cervicalgies fixes, prédominantes à la partie gauche et supérieure du rachis cervical, résistantes à tous les traitements symptomatiques. Depuis un an les examens radiologiques de la colonne cervicale avaient été demandés pour ces cervicalgies.

Les tubages gastriques ont toujours été négatifs à l'examen direct. On n'a jamais retrouvé de B.K. dans les urines. Les sérodiagnostics de Widal et de Wright ont été aussi négatifs.

A l'admission dans le service, des clichés standards et des tomographies ont permis de porter le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital.

En effet, il existe une déminéralisation avec un aspect hétérogène et grignoté de la masse latérale gauche de l'atlas et de l'apophyse odontoïde de l'axis.

D'autre part, la vitesse de sédimentation est légèrement accélérée, la cuti-réaction franchement phlycténulaire, ce qui signerait un foyer en évolution, un foyer tuberculeux.

On immobilise immédiatement le rachis cervical dans une minerve plâtrée avec appui frontal et on commence un traitement antituberculeux triple associé : P.A.S. - Isoniazide - Streptomycine.

La malade est ensuite dirigée vers l'Hôpital de BERCK le 3 novembre 1967.

Les radiographies y sont refaites : on a un effacement de la courbure physiologique, un pincement atloïdo-axoïdien droit avec une image de subluxation de C1 sur C2 en avant et à droite.

Il n'y a pas d'image d'abcès, mais une atteinte ligamentaire qui a permis la subluxation.

La malade a encore sa minerve plâtrée, les douleurs cervicales entrainent parfois encore une insomnie.

On décide le 23 janvier 1968 d'intervenir et de faire une greffe vertébrale postérieure occipito-cervicale.

Une nouvelle minerve en plastique est posée le 4 avril 1968.

La flexion est presque normale (tête - poitrine 2cm), inclinaison latérale 20°.

Les radiographies montrent par la suite la fusion osseuse de la greffe : aspect homogène de C1 - C2 sur les radiographies.

Le 25 mai 1968 elle sort avec le traitement suivant :

P.A.S. deux fois par semaine (un flacon intra-veineux)

Rimifon 4 fois 150mgs. par jour

Rimifon seul pendant encore 6 mois.

Le diagnostic a donc été difficile.

Jusqu'en décembre 1966 les radiographies cervicales étaient tout à fait normales. C'est seulement en 1967 que les clichés standards et les tomographies ont permis de porter le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital.

Le premier traitement antituberculeux institué à Tunis sans qu'on ait fait la preuve de la tuberculose a été très insuffisant puisqu'il n'a duré que 3 mois et qu'il n'y avait pas eu d'immobilisation du rachis cervical.

L'ASPECT ACTUEL DU MAL DE POTT SOUS-OCCIPITAL A PARTIR DES OBSERVATIONS RECENTES

Sur les sept cas de Mal de Pott sous-occipital que nous avons pu regrouper en France, nous avons trois observations concernant des Noirs récemment transplantés en France, une observation à Lille d'un mineur Nord-Africain et une observation d'une Tunisienne de 29 ans qui était venue, elle, plutôt, pour se faire soigner à Paris.

On connait la sensibilité du Noir au B.K., les réactions très importantes de sa primo-infection. Doit-on parler du manque d'examen systématique du malade qui a échappé aussi à une surveillance médicale si utile, du retard mis à en faire le diagnostic et généralement du traitement antituberculeux engagé tardivement ?

Doit-on évoquer les conditions sociales difficiles, un travail toujours harrassant, ou simplement l'abattement moral et souvent physique des personnes ainsi transplantées, mal adaptées au climat, se nourrissant insuffisamment, mal logées ; tout cela fournissant la contamination, l'éclosion et l'évolution de la tuberculose ?

Dans les observations que nous avons retrouvées, nous n'avons eu que des signes cliniques de la période de début du Mal de Pott sous-occipital : douleur cervicale et irradiation douloureuse, dysphagie, troubles de la déglutition, limitation des mouvements de flexion-extension et de rotation de la tête ; une seule fois une gène discrête à la respiration.

Pour l'observation du Docteur O. BENGERT de Hambourg, nous avons eu des troubles neurologiques ; mais ceux-ci étaient peu importants : une déviation avec atrophie de la langue ; nous n'avons pas retrouvé dans ces observations récentes de quadriplégie, de paraplégie, d'hémiplégie ou même de monoplégie.

Nous avons cité trois observations à propos d'abcès rétro-pharyngés qui compliquent ou au contraire révèlent le Mal de Pott sous-occipital. Mais nous n'avons jamais retrouvé d'abcès médiastinaux, sus-claviculaires ou bien ces abcès atteignant la dure-mère et provoquant des hémorragies cérébro-méningées et des ramollissements.

Nous avons pu voir cependant des images radiologiques spécifiques de destruction osseuse, de dislocation des articulations atloïdo-axoïdiennes.

L'évolution des Maux de Pott sous-occipitaux a été nettement amélioré ; les antibiotiques antituberculeux même s'ils ont été institués un peu tardivement dans certains cas, ont transformé cette évolution et en freinent sa progression, ont diminué le risque de complications graves.

Le traitement antibiotique triple associé, l'immobilisation des articulations et parfois le traitement chirurgical ont pratiquement guéri ces malades, laissant des séquelles minimes.

L E T R A I T E M E N T

Le traitement médical, avec les antibiotiques antituberculeux a bien entendu, modifié l'évolution des Maux de Pott.

Le traitement chirurgical dans la plupart des cas est devenu inutile. Pour le Mal de Pott sous-occipital il est parfois nécessaire : le verrouillage articulaire par greffe osseuse complémentaire garde en effet encore son indication, non pas comme traitement de la tuberculose, mais comme celui de la dislocation atloïdo-axoïdienne et de ses complications neurologiques ultérieures possibles

Chez l'enfant, avec le traitement antibiotique triple associé, l'immobilisation doit être faite, soit par extension continue qui est indiquée pour réduire une attitude vicieuse ou pour traiter abcès ou fistule, soit par minerve qui, mieux que le lit plâtré avec sangle frontale permettra à l'enfant de se déplacer.

Dès lors la surveillance clinique, radiologique et biologique doit être rigoureuse.

Le plâtre doit être régulièrement changé pour dépister un abcès. Il doit être maintenu un an à deux ans environ jusqu'à obtention de tous les tests de guérison du foyer.

On exigera pour affirmer la guérison, la disparition de la contracture l'indolence du foyer, un délai de 6 mois au moins depuis la résorption des abcès. Une vitesse de sédimentation non accélérée et au point de vue radiologique une récalcification osseuse, une ankylose du foyer. On prescrit alors la marche progressive et prudente sous couvert du port, pendant 6 mois d'une minerve amovible en celluloïde.

L'enfant doit être surveillé de très près et la réapparition du moindre de ces éléments obligerait à reprendre l'immobilisa-

tion.

Chez l'adulte le traitement orthopédique et général sera institué pendant un à deux ans, c'est-à-dire, pendant le temps nécessaire pour atteindre le stade de mobilisation que l'on précisera par des critères cliniques, radiographiques et biologiques.

C'est alors qu'il faudra envisager le traitement chirurgical.

Dans cette localisation du Mal de Pott, les problèmes de l'abord direct du foyer et du comblement de la perte de substances ainsi provoquée, ne se posent qu'exceptionnellement. Les procédés d'arthrodèse extra-articulaire seront plus volontiers envisagés ; le plus employé est le verrouillage de la région par autogreffon tibial ou iliaque prenant appui sur l'occipital et C3 - C4.

Le traitement des abcès froids reste les ponctions avec injection locale de médication antituberculeuse.

Il faut classiquement ponctionner les abcès rétropharyng par voie buccale peut être aujourd'hui employé, sans incident, sous couverture d'antibiotiques antituberculeux par voie locale et générale.

Devant les complications nerveuses, la nécessité d'une mise en extension continue est de rigueur.

D I S C U S S I O N

La tuberculose ostéo-articulaire est devenue en général une affection rare. Le professeur H. BROCARD, dans une statistique très récente, publiée dans Les Sixièmes Journées Médicales de DAKAR (13 - 18 janvier 1969) trouve pour 699 cas de tuberculoses, 24 cas seulement de localisation osseuse.

Le Mal de Pott sous-occipital qui ne représentait déjà qu'un très faible pourcentage, devient si rare que l'on s'est même demandé s'il existait vraiment.

Quelle est la cause de cette rareté ? L'effet conjugué de la vaccination par le B.C.G., la tendance au traitement systématique de toute Primo-infection dépistée et l'élévation du niveau général de l'hygiène en France s'ils ont diminué le nombre de tuberculoses en général, ne peuvent expliquer à eux seuls la raréfaction relative des localisations osseuses.

La contamination qui se fait aujourd'hui beaucoup plus tardivement empêcherait-elle les processus destructeurs, en réduisant leur temps, de naître, d'évoluer et de se manifester ?

Il est vrai qussi que toutes les atteintes des articulations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne que l'on avait tendance à rapporter à la tuberculose sont plus souvent d'origine rhumatismale, congénitale ou même traumatique ; en infirmant certain diagnostics de Mal de Pott sous-occipital les examens complémentaires plus poussés ont pu réduire de ce fait aussi leur nombre.

Le Mal de Pott sous-occipital rarissime, reste quand il existe la localisation la plus grave, par ses complications neurologiques, mais il semble cependant qu'il guérisse plus rapidement.

Dans les 8 observations de Mal de Pott sous-occipital que

nous avons regroupés nous n'avons pas décrit de complications graves et tous ont été traités et guéris.

A propos des 3 cas des abcès froids rétropharyngés on pouvait se demander si le Mal de Pott sous-occipital était secondaire à un abcès rétropharyngé ou bien s'il était latent et l'abcès une conséquence de ce Mal de Pott ?

Si l'abcès est reconnu bien avant, le Mal de Pott sous-occipital est certainement latent, difficilement mis en évidence et seules les tomographies finiront, parfois longtemps après, par permettre le diagnostic.

La guérison de l'abcès par ailleurs amèliore souvent l'état vertébral.

Il nous faut rappeler qu'en France les transplantés, surtout les Noirs et les Nords-Africains, sont plus susceptibles de présenter des localisations osseuses. Mais l'évolution de ces différentes localisations ostéo-articulaires a été elle-même considérablement améliorée par les médications antituberculeuses, au point de rendre, dans la majorité des cas, inutile la cure héliomarine, l'immobilisation parfois et les différentes thérapeutiques chirurgicales à visée curative ou orthopédique.

Mais le traitement chirurgical reste une indication pour le Mal de Pott sous-occipital, pour prévenir les complications neurologiques en dehors de toute thérapeutique antituberculeuse en empêchant les subluxations des articulations occipito-atloïdienne et surtout atloïdo-axoïdienne.

C O N C L U S I O N

Le Mal de Pott sous-occipital considéré autrefois comme une localisation non exceptionnelle de la tuberculose est devenu rarrissime à telle enseigne qu'on a pu se demander s'il existait vraiment.

Les causes de cette raréfaction sont la diminution de fréquence générale des tuberculoses ostéo-articulaires et sans doute aussi une exigence plus grande apportée aujourd'hui pour porter le diagnostic de Mal de Pott sous-occipital ; on connait mieux en effet d'autres maladies qui peuvent simuler ce Mal de Pott.

Nous avons pu néanmoins rassembler quelques observations récentes d'authentique Mal de Pott sous-occipital. Beaucoup d'entre elles concernent d'ailleurs des sujets immigrés chez lesquels on connait la sensibilité à la tuberculose et la tendance à constituer des tuberculoses extra-pulmonaires.

Le traitement du Mal de Pott sous-occipital a été transformé par la thérapeutique médicale actuelle de la tuberculose. La place de la chirurgie y reste néanmoins importante, destinée à éviter les complications graves des luxations occipito-atloïdienne et atloïdo-axoïdienne.

Le Président de Thèse

H. BROCARD

Le Doyen de la Faculté de Médecine

G. BROUET

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- E. KIRMISSON - Précis de Chirurgie Infantile 1906 - 423 à 431

- M. LACHERETZ (Lille) - Le Mal de Pott sous-occipital existe-t-il ? - Rev. du Prat. 11 mars 1962 - Tome XII - - 847 - 851

- J.J. PIQUET - P. MASSOL et F. BEUSCART - A propos de trois cas d'Abcès froids rétro-pharyngés - Lille Chirurgical 1962, 17, 147

- O. BENGERT - Beitrag zum Malum Sub-occipitale - z orthopedia 1963 - 540 - 543

- H. BROCARD - Tuberculose du Noir Transplanté - Sixièmes Journées Médicales de DAKAR - 13-18 janvier 1969 - 89 - 93.